

Đánh giá hiệu quả điều trị nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn bằng các phương pháp can thiệp ít xâm lấn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Evaluating the results of treatment infected walled-off pancreatic necrosis by minimally invasive interventions at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Lâm Tùng, Phạm Minh Ngọc Quang,
Dương Minh Thắng, Ngô Thị Hoài, Phạm Thùy Dung,
Nguyễn Văn Hóa, Lê Quang Đâu, Luân Ngọc Chiến,
Hà Minh Trang, Hoàng Mạnh Vững và Trần Văn Thanh*

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn bằng phương pháp ít xâm lấn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội (TƯQĐ) 108. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng là những bệnh nhân bị biến chứng nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn sau viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện TƯQĐ 108. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện đánh giá hiệu quả, tai biến, biến chứng sau can thiệp. **Kết quả:** Trong vòng 4 năm từ 2020 đến 2024, có 19 bệnh nhân nhập viện vì biến chứng ổ hoại tử nhiễm khuẩn sau viêm tụy cấp trong đó tỷ lệ nam chiếm 89,5%, nữ 10,5%. Các kỹ thuật ít xâm lấn đã được thực hiện bao gồm: Dẫn lưu nang tụy hoại tử qua da 9/19 (47,4%), nội soi lấy hoại tử tụy qua da 4/19 (21,1%), dẫn lưu xuyên thành dạ dày 3/19 (15,8%) và nội soi lấy hoại tử tụy qua dạ dày 3/19 (15,7%). Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 19/19 (100%), tỷ lệ thành công về lâm sàng là 17/19 (89,5%). Các biến chứng thường gặp là chảy máu 4/19 (21,1%), di lệch dẫn lưu 3/19 (15,8%), viêm phúc mạc gặp 1 trường hợp chiếm 5,3%, không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Các biện pháp ít xâm lấn điều trị nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn đem lại hiệu quả cao và tỷ lệ tai biến biến chứng thấp. Tùy theo vị trí và tính chất nang tụy hoại tử lựa chọn phương pháp can thiệp thích hợp cho từng bệnh nhân.

Từ khóa: Nang tụy hoại tử, dẫn lưu qua da, nội soi cắt hoại tử tụy qua da, dẫn lưu xuyên thành qua dạ dày, nội soi cắt hoại tử tụy xuyên thành qua dạ dày.

Summary

Objective: To evaluate the results of treatment infected walled-off pancreatic necrosis by minimally invasive interventions at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** Subjects were patients with infected walled-off pancreatic necrosis complications at 108 Military Central Hospital. Retrospective, cross-sectional descriptive study to assess outcomes, complications of minimally invasive intervention. **Result:** Within 4 years from 2020 to 2024, there were 19 patients with infected walled-off pancreatic necrosis, in which the rate of men was 89.5%, women were 10.5%. Minimally invasive interventions included: Percutaneous catheter drainage (PCD) 9/19 (47.4%), percutaneous endoscopic necrosectomy

Ngày nhận bài: 23/8/2024, ngày chấp nhận đăng: 28/9/2024

* Tác giả liên hệ: vanthanh260290@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

(PEN) 4/19 (21.1%), endoscopic transmural drainage (ETD) 3/19 (15.8%), endoscopic transmural necrosectomy (ETN) 3/19 (15.8%): The technically successful rate was 19/19 (100%), the clinically successful rate was 17/19 (89.5%). The most common complications were bleeding in 4/19 (21.1%), drainage displacement in 3/19 (15.8%), peritonitis in 1 case accounting for 5.3%, no cases of death. *Conclusion:* Minimally invasive interventions treated infected walled-off pancreatic necrosis had high efficiency and low complications rate. Depending on the location and characteristics of Walled-off pancreatic necrosis to choose intervention method for each patient.

Keywords: Walled-off pancreatic necrosis, percutaneous catheter drainage, percutaneous endoscopic necrosectomy, endoscopic transmural drainage, endoscopic transmural necrosectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một bệnh khá phổ biến với tỷ lệ mắc đang gia tăng trên toàn cầu. Ở Hòa Kỳ, hằng năm có 270.000 ca nhập viện và chi phí điều trị nội trú vượt quá 2,5 tỷ đô la¹. Viêm tụy hoại tử, chiếm 10-15% trong tất cả các trường hợp viêm tụy cấp, có thể hoại tử vô trùng hoặc hoại tử nhiễm trùng. Nguyên nhân chính gây tử vong trong viêm tụy đó là suy tạng, nhiễm khuẩn thứ phát của mô tụy hoại tử hoặc của tổ chức quanh tụy dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và suy đa tạng. Tỷ lệ tử vong chung của viêm tụy cấp chỉ chiếm khoảng 1%, tuy nhiên nếu viêm tụy cấp có biến chứng suy tạng hoặc viêm tụy hoại tử có biến chứng nhiễm khuẩn thì tiên lượng xấu hơn nhiều, với tỷ lệ tử vong dao động 30-40%².

Nhiễm khuẩn thứ phát tổ chức hoại tử tụy luôn là chỉ định cần phải được can thiệp. Trước đây, nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn được điều trị bằng phẫu thuật mở cắt bỏ hoại tử, với mục tiêu dẫn lưu rộng rãi các khoang bị nhiễm khuẩn và loại bỏ mô hoại tử. Tuy nhiên, điều trị tích cực như vậy có liên quan đến tỷ lệ biến chứng cao 34%-95% và tỷ lệ tử vong khoảng 11%-39% bệnh nhân³. Vì thế, phẫu thuật mở cắt bỏ hoại tử dần dần được thay thế bằng các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu bao gồm dẫn lưu ổ hoại tử qua da, dẫn lưu qua nội soi (xuyên thành dạ dày), nội soi lấy hoại tử tụy qua da và phẫu thuật cắt hoại tử tụy sau phúc mạc xâm lấn tối thiểu⁴.

Chiến lược điều trị đối với bệnh nhân nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn là "Step up", bước đầu tiên là tiến hành dẫn lưu nang tụy hoại tử qua da hoặc qua nội soi, bước này có thể giúp trì hoãn hoặc tránh phải cuộc phẫu thuật cắt bỏ hoại tử. Nếu dẫn lưu nang tụy không cải thiện kết quả lâm sàng bước tiếp theo là nội soi lấy hoại tử tụy qua da hoặc xuyên

thành dạ dày hoặc phẫu thuật cắt hoại tử tụy sau phúc mạc xâm lấn tối thiểu. Việc phẫu thuật cắt bỏ hoại tử mở chỉ được chỉ định khi tất cả các phương pháp trên đã được tính đến và loại trừ. Phương pháp tiếp cận từng bước "Step up" giúp làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong bằng cách giảm thiểu sang chấn phẫu thuật (tức là tổn thương mô và phản ứng viêm toàn thân) trên những bệnh nhân thường có kèm theo thể trạng kém suy mòn suy kiệt do tình trạng viêm tụy nặng hoặc nhiễm trùng trước đó⁵.

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã triển khai nhiều kỹ thuật xâm lấn tối thiểu để điều trị nang tụy hoại tử nhiễm trùng sau viêm tụy cấp như: Dẫn lưu nang tụy hoại tử qua da bằng ống sonde kích thước lớn, dẫn lưu nang tụy qua dạ dày, nội soi lấy hoại tử tụy qua da hoặc qua dạ dày. Tuy nhiên chưa có thống kê nào đánh giá hiệu quả, tai biến biến chứng của các biện pháp can thiệp này. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn bằng các phương pháp can thiệp ít xâm lấn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

19 bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn nang tụy hoại tử sau viêm tụy cấp mức độ nặng điều trị tại Viện Điều trị các Bệnh tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Thời gian: Từ 01/2020 đến 06/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn sau viêm tụy cấp có chỉ định can thiệp dẫn lưu hoặc lấy tổ chức hoại tử: Các biểu hiện của hoại tử tụy nhiễm khuẩn bao gồm nhiễm khuẩn

huyết mới khởi phát hoặc dai dẳng, sốt, hội chứng phản ứng viêm toàn thân, tăng bạch cầu tiến triển, tình trạng xấu đi trên lâm sàng, procalcitonin > 3,5ng/ml, chụp phim cắt lớp vi tính ổ bụng hình ảnh mức khí dịch trong nang tụy hoại tử.

Tổ chức hoại tử đã khu trú tạo vách, thời điểm can thiệp ≥ 4 tuần sau khi bị viêm tụy cấp.

Bệnh nhân đồng ý thực hiện can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc bệnh lý toàn thân nặng chống chỉ định can thiệp⁷:

Bệnh nhân mắc bệnh tim phổi nặng, mới bị nhồi máu cơ tim.

Bệnh nhân suy hô hấp.

Rối loạn đông máu (INR > 1,5), giảm tiểu cầu (tiểu cầu < 50G/L).

Tình trạng huyết động không ổn định

- Liên quan đến nang hoại tử:

Có giả phình mạch trong nang.

Tổ chức tụy hoại tử chưa khu trú

Bệnh nhân không đồng ý thực hiện thủ thuật.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi Olympus Q180 Nhật Bản; máy điện quang tăng sáng: C-arm; máy hút; máy cắt đốt; các dụng cụ can thiệp: Catheter, guidewire đường mật, bóng nang đường mật, bộ que nang Savary thực quản, ống sonde dẫn lưu màng phổi 28F-32F, xilanh bơm tiêm 5ml – 10ml, stent LAMS.

Tiến hành nghiên cứu

Tiến hành hồi cứu thu thập hồ sơ tại Viện Điều trị các bệnh Tiêu hóa - Bệnh viện TƯQĐ 108 trong thời gian: Từ 01/2020 đến 06/2024 có 19 bệnh nhân bị nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn sau viêm tụy cấp đã được tiến hành các biện pháp can thiệp ít xâm lấn gồm có:

Dẫn lưu nang tụy hoại tử qua da: Tiến hành đặt qua da vào trong ổ hoại tử tụy ống sonde màng phổi kích thước 32F dưới hướng dẫn C-Arm.

Nội soi lấy hoại tử qua da: Nong rộng đường vào, tạo đường hầm bằng dụng cụ tự chế từ vỏ bơm tiêm, đưa ống nội soi dạ dày vào lấy tổ chức hoại tử.

Dẫn lưu xuyên thành dạ dày: Đặt dẫn lưu nang tụy vào dạ dày dưới hướng dẫn EUS.

Nội soi lấy hoại tử tụy qua dạ dày: Đặt LAMS dẫn lưu nang tụy vào dạ dày, sau đó đưa ống nội soi vào lấy tổ chức hoại tử.

Các nội dung thu thập số liệu trong nghiên cứu

Chỉ tiêu lâm sàng: Giới, tuổi, nguyên nhân viêm tụy cấp. Các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện: Triệu chứng nhiễm trùng, đau bụng, tắc ruột do chèn ép, tắc mật, rò tiêu hóa, thời gian mắc bệnh và thời gian nằm viện.

Chỉ tiêu cận lâm sàng: Kết quả cấy máu, cấy khuẩn nang tụy hoại tử, kích thước, đặc điểm hình ảnh nang tụy hoại tử trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Đánh giá kết quả thành công về kỹ thuật, kết quả thành công về mặt lâm sàng. Các tai biến, biến chứng sau can thiệp và biện pháp xử trí.

Xử lý số liệu

Nhập số liệu phần mềm Excel 2016, xử lý số liệu phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Bệnh nhân	(n = 19)	Tỷ lệ %
Giới	Nam		17	89,5
	Nữ		2	10,5
Nguyên nhân viêm tụy	Rượu		13	68,4
	Rối loạn chuyển hóa lipid		3	15,8
	Nguyên nhân khác		3	15,8
Tuổi	45,3 ± 15,7 (22-72)			

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân là nam giới với chiếm tỷ lệ 89,5%, trong đó uống rượu là nguyên nhân chính (68,4%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $45,3 \pm 15,7$ (22-72).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bệnh nhân		(n = 19)	Tỷ lệ %
Đặc điểm			
Nhiễm trùng		19	100
Đau bụng		12	63,2
Tắc ruột do đờ ếp		3	15,8
Tắc mật		0	0
Rò tiêu hóa		6	31,6
Thời gian mắc bệnh (ngày)		60 (30-304)	
Kích thước nang tụy hoại tử trung bình (cm)		19,6 (5,7-25,2)	
Thời gian nằm viện (ngày)		$42,2 \pm 5,7$	

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất sau nhiễm trùng (63,2%). 31,6% bệnh nhân được phát hiện có rò tiêu hóa vào trong nang tụy. Trung vị thời gian mắc bệnh là 60 (30-304) ngày. Kích thước nang tụy hoại tử trung bình là 19,6 (5,7-25,2) cm. Thời gian nằm viện trung bình $42,2 \pm 5,7$ ngày.

Bảng 3. Kết quả cấy khuẩn dịch nang tụy hoại tử

Bệnh nhân			n	Tỷ lệ %
Đặc điểm				
Cấy dịch hoại tử (n = 19)	Dương tính		17	89,5
	Âm tính		2	10,5
Đặc điểm vi khuẩn (n = 17)	Số lượng	Một	12	70,6
		Hai	5	29,4
	Gram âm		14	82,4
	Gram dương		2	11,8
	Gram âm + Gram dương		1	5,8

Nhận xét: Tỷ lệ cấy khuẩn dịch hoại tử tụy dương tính là 89,5%. Trong đó vi khuẩn gram âm chiếm 82,4%.

Bảng 4. Kết quả cấy máu

Bệnh nhân		(n = 19)	Tỷ lệ %
Đặc điểm			
Cấy máu	Dương tính	5	26,3
	Âm tính	14	73,7

Nhận xét: Tỷ lệ cấy máu dương tính là 26,3%.

Bảng 5. Các biện pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu

Bệnh nhân	(n = 19)	Tỷ lệ %
Kỹ thuật		
Dẫn lưu qua da cải tiến (PCD)	9	47,4
Nội soi lấy hoại tử qua da (PEN)	4	21,1
Dẫn lưu xuyên thành dạ dày (ETD)	3	15,8
Nội soi lấy hoại tử qua dạ dày (DEN)	3	15,7

Nhận xét: Có 9 bệnh nhân được dẫn lưu nang tụy hoại tử qua da chiếm 47,4%. 4 bệnh nhân được nội soi lấy hoại tử tụy qua da (21,1%). Dẫn lưu xuyên thành dạ dày và nội soi lấy hoại tử tụy qua dạ dày đều có 3 bệnh nhân (15,8%).

Bảng 6. Đánh giá hiệu quả can thiệp

Can thiệp	Kết quả	Thành công kỹ thuật	Thành công lâm sàng
Dẫn lưu qua da cải tiến (PCD) (n = 9)		9 (100%)	8 (88,9%)
Nội soi lấy hoại tử qua da (PEN) (n = 4)		4 (100%)	4 (100%)
Dẫn lưu xuyên thành dạ dày (ETD) (n = 3)		3 (100%)	2 (66,7%)
Nội soi lấy hoại tử qua dạ dày (ETN) (n = 3)		3 (100%)	3 (100%)
Tổng (n = 19)		19 (100%)	17 (89,5%)

Nhận xét: Không có trường hợp nào thất bại về mặt kỹ thuật, trong đó tỷ lệ thành công chung về mặt lâm sàng là 89,5%.

Bảng 7. Biến chứng sau can thiệp

Biến chứng	Bệnh nhân (n = 19)	Tỷ lệ %
Chảy máu	4	21,1
Rò tụy qua da	1	5,3
Viêm phúc mạc	1	5,3
Tắc mạch khí	0	0
Tràn khí trung thất	0	0
Di lệch dẫn lưu	3	15,8
Tử vong	0	0

Nhận xét: Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất chiếm 21,1%, biến chứng viêm phúc mạc và rò tụy qua da chiếm 5,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là nam giới 17/19 (89,5%), chỉ có 2 bệnh nhân (10,5%) là nữ giới điều này có thể giải thích do ở Việt Nam phần lớn các trường hợp lạm dụng rượu là nam giới, các nguyên nhân gây viêm tụy cấp rượu, rối loạn chuyển hóa lipid, sỏi mật, sau can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng. Trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thì phần lớn nguyên nhân gây viêm tụy cấp là do rượu (68,4%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu $45,3 \pm 15,7$ tuổi.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân nang tụy hoại tử nhiễm trùng thường gặp nhất sau triệu chứng nhiễm khuẩn là đau bụng 12/19 (62,3%), tiếp

đến rò tiêu hóa 6/19 (31,6%), biểu hiện tắc ruột do ổ hoại tử tụy chèn ép vào ống tiêu hóa gặp 3 trường hợp chiếm 15,8%, ở những bệnh nhân này chúng tôi thường nuôi dưỡng đường tĩnh mạch kết hợp đặt sonde hồng tràng để bơm ăn cho bệnh nhân. Thời gian mắc bệnh trên bệnh nhân nghiên cứu có trung vị là 60 (30-304), sớm nhất là 30 ngày và dài nhất là 304 ngày đáp ứng được tiêu chuẩn can thiệp nang tụy hoại tử nên được tiến hành ≥ 4 tuần sau viêm tụy cấp⁶. Kích thước ổ hoại tử tụy trung bình là 19,6 (5,7-25,2) cm. Thời gian nằm viện phụ thuộc nhiều yếu tố như toàn trạng, bệnh kèm theo, kích thước ổ hoại tử tụy, phương pháp can thiệp... tuy nhiên phần lớn các bệnh nhân ổ hoại tử tụy thể trạng kém, suy mòn suy kiệt vì vậy có thời gian nằm viện khá dài trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $42,2 \pm 5,7$ (ngày). Pi Liu và cộng sự (2017) thời gian nằm viện của bệnh nhân ổ hoại tử tụy can thiệp nội soi lấy hoại tử tụy qua da (PEN) cũng khá dài 52 (41-60) ngày tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi⁸.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cấy khuẩn dịch trong ổ hoại tử tụy cho tỷ lệ dương tính cao 17/19 (89,5%) trong khi đó tỷ lệ cấy máu dương tính là khá thấp 5/19 (26,3%). Phần lớn là vi khuẩn gram âm 88,2% và đa phần đều kháng với nhiều loại kháng sinh. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Saransh Jain và cộng sự (2018) có 108 bệnh nhân ổ hoại tử tụy nhiễm trùng tỷ lệ cấy khuẩn dương tính là 81% (87/108), phần lớn vi khuẩn gram âm chiếm 86% (75/87), đặc biệt có 44/87 (51%) nhiễm nhiều loại vi khuẩn⁹.

4.2. Kết quả can thiệp và tai biến, biến chứng

Trong hơn 3 năm từ tháng 01/2020 đến 06/2024 có 19 bệnh nhân nang tụy hoại tử nhiễm trùng vào điều trị tại Viện Điều trị các bệnh tiêu hóa - Bệnh viện TƯQĐ 108 trong đó có 9/19 (47%) bệnh nhân được dẫn lưu qua da cải tiến bằng ống thông có kích thước lớn, 4/19 (21,1%) được nội soi lấy hoại tử tụy qua da, bệnh nhân được dẫn lưu xuyên thành dạ dày và nội soi lấy hoại tử qua dạ dày tương ứng là 3/19 (15,8%). Tỷ lệ thành công chung về mặt kỹ thuật là 100% (19/19), tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng 89,5% (17/19) trong đó nội soi lấy hoại tử tụy qua da và nội soi lấy hoại tử tụy xuyên thành qua dạ dày có tỷ lệ thành công lâm sàng 100% tuy nhiên hạn chế số lượng bệnh nhân còn ít, các kỹ thuật dẫn lưu ổ hoại tử tụy qua da cải tiến và dẫn lưu xuyên thành dạ dày có tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng lần lượt là 88,9% và 66,7%. Trong 19 bệnh nhân có 2 trường hợp thất bại phải chuyển sang phẫu thuật một trường hợp ổ hoại tử tụy kích thước lớn được

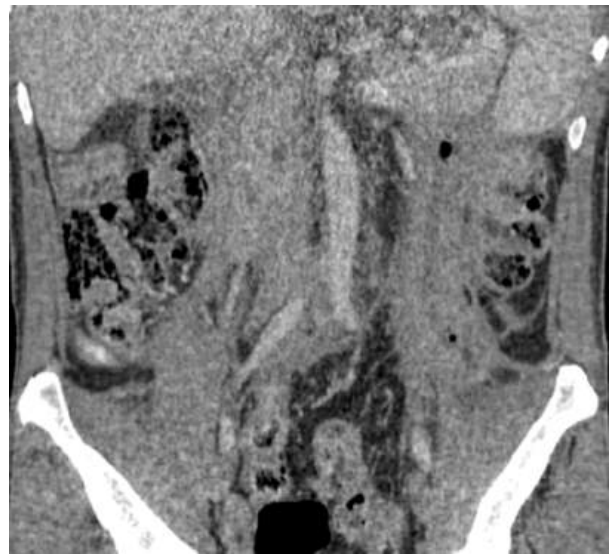
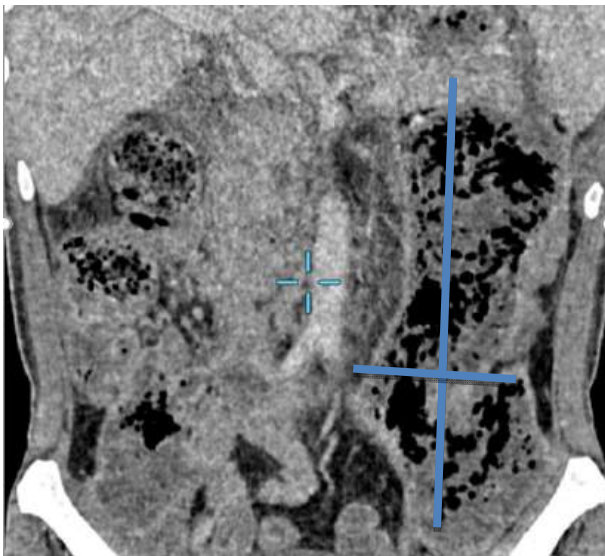
đặt dẫn lưu qua da sau đó trong quá trình bơm rửa bệnh nhân vì vỡ nang tụy hoại tử gây viêm phúc mạc phải chuyển phẫu thuật mở. Trường hợp còn lại được đặt dẫn lưu xuyên thành dạ dày tuy nhiên hiệu quả lâm sàng không cải thiện, bệnh nhân sốt tái diễn sau đó bệnh nhân chuyển phẫu thuật. Ban đầu quá trình can thiệp, điều trị bệnh nhân nang tụy hoại tử nhiễm trùng hết sức khó khăn, thông thường chúng ta chỉ đặt dẫn lưu nang tụy hoại tử qua da hoặc qua dạ dày tuy nhiên 2 kỹ thuật này chỉ dẫn lưu được dịch mà không lấy được tổ chức hoại tử tụy nên có tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng không cao, vì thế chúng tôi cải tiến sử dụng ống sonde có kích thước lớn 32Fr- 36Fr kết hợp bơm rửa bằng oxy già và Betadine pha loãng nâng cao tỷ lệ thành công. Từ tháng 12 năm 2023 chúng tôi triển khai được kỹ thuật lấy hoại tử tụy qua da, dùng ống nội soi dạ dày đi qua đường hầm tự tạo qua da để lấy tổ chức hoại tử nâng cao tỷ lệ thành công, rút ngắn thời gian nằm viện và có thể áp dụng với ổ hoại tử kích thước lớn. Về biến chứng trong và sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng chảy máu thường gặp nhất 4/19 (21,1%), phần lớn chảy máu mức độ nhẹ điều trị nội khoa chưa có trường hợp nào phải can thiệp mạch. Di lệch do cố định không chặt dẫn lưu 3/19 (15,8%). Có 1 trường hợp viêm phúc mạc do vỡ nang tụy hoại tử phải chuyển phẫu thuật, 1 trường hợp rò tụy qua da bệnh nhân được can thiệp ERCP đặt stent ống tụy theo dõi sau đó tình trạng lâm sàng ổn định, lỗ rò đóng lại và không còn tình trạng chảy dịch tụy qua da.



Hình 1. Bệnh nhân Nguyễn Đình T. 1966 hình ảnh cắt lớp vi tính ổ bụng trước và sau khi được điều trị dẫn lưu nang tụy hoại tử bằng ống sonde kích thước lớn

Trên thế giới đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp qua da: Ke và cộng sự (2021) đánh giá hiệu quả nội soi lấy hoại tử tụy qua da có hỗ trợ của stent điều trị hoại tử tụy nhiễm trùng, được tiến hành trên 37 bệnh nhân tỷ lệ thành công về lâm sàng 86,5%, biến chứng rò tụy qua da gặp nhiều nhất 7/37 (18,9%), sau đó là biến chứng chảy máu 6/37 (16,2%)¹⁰. Lichi Ke và cộng sự (2016) tiến hành phân tích gộp từ 15 nghiên cứu từ năm 1998-2015, tỷ lệ

thành công về mặt lâm sàng của dẫn lưu nang tụy qua da là 56,2%, cần can thiệp phẫu thuật bổ sung 38,5%, tỷ lệ tử vong chung 18%, biến chứng gặp 25,1% trong đó rò tụy qua da là biến chứng thường gặp nhất, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí cũng như giảm chất lượng cuộc sống bệnh nhân, một số nghiên cứu cũng chỉ ra việc sử dụng ống sonde kích thước lớn làm tăng hiệu quả dẫn lưu hoại tử rần¹¹.



Hình 2. Bệnh nhân Nguyễn Ngọc T. 1980 trước và sau khi được nội soi lấy tổ chức hoại tử tụy qua da

Phương pháp tiếp cận qua da dày điều trị nang tụy hoại tử: Nikhil A Kumta và cộng sự (2019) tiến hành nghiên cứu trên 192 bệnh nhân ổ hoại tử quanh tụy bằng dẫn lưu dưới hướng dẫn EUS sử dụng stent kim loại (LAMS) tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật 98,4%, tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng

92,6%, các biến chứng thường gặp là chảy máu (5,7%), nhiễm trùng (2,1%), thủng (2,1%). Theo Yan Zeng, Jian Yang, Jun-Wen Zhang (2023) dẫn lưu dưới hướng dẫn của EUS với LAMS mang lại hiệu quả điều trị tổng thể vượt trội với số lượng thủ thuật can thiệp ít hơn so với sử dụng stent nhựa đuôi heo,

mặt khác có thể đưa ống nội soi qua LAMS vào trong nang tụy hoại tử tiến hành cắt và lấy tổ chức hoại tử, LAMS đã được khuyến nghị bởi sự đồng thuận của nhiều tổ chức do 22 chuyên gia đưa ra là quy trình tiêu chuẩn để dẫn lưu nang tụy hoại tử. Hầu hết các chuyên gia đều tin rằng nên cân nhắc sử dụng stent kim loại có cỡ lớn cho ổ hoại tử tụy có tỷ lệ chất rắn cao ($\geq 30\%$) trong khi stent nhựa đầu heo được chỉ định cho ổ hoại tử tụy có ít chất rắn ($\leq 10\%$) hoặc nang giả tụy. Về thời điểm rút LAMS nên rút stent khi giải quyết được hoàn toàn hoặc phần lớn ổ hoại tử tụy. Tuy nhiên, nếu để lâu dài nguy cơ xuất hiện nhiều biến chứng vì vậy thời gian được khuyến cáo là 4 tuần¹².

V. KẾT LUẬN

Các biện pháp ít xâm lấn điều trị nang tụy hoại tử nhiễm khuẩn đem lại hiệu quả cao và tỷ lệ tai biến biến chứng thấp. Tùy theo vị trí và tính chất ổ hoại tử tụy lựa chọn phương pháp can thiệp thích hợp cho bệnh nhân. Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất, đối với các biện pháp can thiệp qua da cần lưu ý biến chứng rò tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ et al (2012) *Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update*. Gastroenterology 143(5): 1179-1187.
2. Petrov MS, Shanbhag S, Chakraborty M, Phillips AR, Windsor JA (2010) *Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis*. Gastroenterology 139(3): 813-820.
3. Rodriguez JR, Razo AO, Targarona J, Thayer SP, Rattner DW, Warshaw AL, Fernández-del Castillo C (2008) *Debridement and closed packing for sterile or infected necrotizing pancreatitis: Insights into indications and outcomes in 167 patients*. Ann Surg 247(2): 294-299.
4. Van Santvoort HC, Bollen TL, van Ramshorst B et al (2010) *A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis*. New England J Med 362(16): 1491-1502.
5. van Brunschot S, van Grinsven J, van Santvoort HC et al (2018) *Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial*. Lancet 391(10115): 51-58. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32404-2.
6. Trikudanathan G, Wolbrink DRJ, van Santvoort HC (2019) *Current Concepts in Severe Acute and Necrotizing Pancreatitis: An Evidence-Based Approach*. Gastroenterology 156: 1994-2007.
7. Bộ Y tế (2016) *Siêu âm can thiệp – đặt ống thông dẫn lưu nang giả tụy*. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 271-274.
8. Liu P, Song J, Ke HJ, Lv NH, Zhu Y, Zeng H, Zhu Y, Xia L, He WH, Li J, Huang X, Lei YP (2017) *Double-catheter lavage combined with percutaneous flexible endoscopic debridement for infected pancreatic necrosis failed to percutaneous catheter drainage*. BMC Gastroenterology 17(1): 155.
9. Jain S, Mahapatra SJ, Gupta S, Shalimar, Garg PK (2018) *Infected Pancreatic Necrosis due to Multidrug-Resistant Organisms and Persistent Organ failure Predict Mortality in Acute Pancreatitis*. Clinical and Translational Gastroenterology 9(10): 190.
10. Ke L, Li G, Wang P, Mao W, Lin J (2021) *The efficacy and efficiency of stent-assisted percutaneous endoscopic necrosectomy for infected pancreatic necrosis: a pilot clinical study using historical controls*. Eur J Gastroenterol Hepatol 33: e435-e441.
11. Ke L, Li J, Hu P, Wang L, Chen H, Zhu Y (2016) *Percutaneous Catheter Drainage in Infected Pancreatitis Necrosis: a Systematic Review*. Indian J Surg 78(3): 221-228. DOI 10.1007/s12262-016-1495-9.
12. Zeng Y, Yang J, Zhang JW (2023) *Endoscopic transluminal drainage and necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis: Progress and challenges*. World J Clin Cases 11(9): 1888-1902.